KLINISCHE UND STATISTISCHE BEOBACHTUNGEN

17014

ÜBER

EINTÄGIGE PNEUMONIE CROUPOSA

IM ZEITRAUM DER LETZTEN 30 JAHRE.

130

INAUGURAL-DISSERTATION

VERFASST UND DER

HOHEN MEDICINISCHEN FAKULTÄT

DER

KGL. BAYER. JULIUS-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT WÜRZBURG

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHILFE

VORGELEGT VON

DR. MED. **IHSAN ALI,**

APPROB. KAISERLICH OTTOMANISCHER MILITÄRARZT

AUS KONSTANTINOPEL.

KGL. UNIVERSITÄTS-BIBLIOTHEK WÜRZBURG

WÜRZBURG.

KGL. UNIVERSITÄTSDRUCKEREI VON H. STÜRTZ.

1903.

REFERENT:

HERR GEHEIMRAT PROF. DR. VON LEUBE.

SEINER MAJESTÄT

DEM

SULTAN ABDUL HAMID II.

IN DANKBARER DEVOTION

GEWIDMET

VON DEM VERFASSER.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549820_0090

Bis zu Anfang des abgelaufenen Jahrhunderts knüpfte sich an den Namen Pneumonie noch kein abgegrenzter klinischer Begriff.

Wohl sind schon in den früheren Jahrhunderten seit Hippocrates Lungenerkrankungen als solche behandelt worden, ohne dass eine genauere Differenzierung zwischen den einzelnen Arten derselben erkannt werden konnte.

Laënnec wird wohl der Erste gewesen sein, der die wesentlichen Erscheinungen der croupösen Lungenentzündung in ein Ganzes zusammenfasste, während hauptsächlich Rokitansky (1846) das anatomische Bild der croupösen Pneumonie mit scharfen Strichen zeichnete, und Skoda die Diagnostik der Krankheit weiter ausbildete. Allgemein bis vor circa 25 Jahren wurde die Lungenentzündung als eine Erkältungskrankheit angesehen, obgleich verschiedene ältere Pathologen in der Pneumonie bereits eine Infectionskrankheit sahen. Vor allem war es eben Juergensen [1]), der die Pneumonie als Infectionskrankheit proclamierte und kurz darauf erhielt diese Anschauung durch die Entdeckung der Pneu-

---

[1]) Handbuch der spez. Path. u. Ther. Ziemssen V. B.

monie-Mikroorganismen ihre feste Stütze. Heutzutage gilt der Fraenkel'sche Diplococcus pneumoniae als der häufigste Erreger der croupösen Pneumonie. So hat Weichselbaum unter 129 Fällen von Lungenentzündungen diesen Mikroorganismus 94 mal und später in noch höherem Procentsatz gefunden.

Zuerst seien mir einige Bemerkungen über die Pathologie dieser Krankheit, soweit sie in Zusammenhang mit der infectiösen Natur der Krankheit steht, gestattet. Die Pneumonie crouposa ist eine der weit verbreitetsten und häufigsten Infectionskrankheiten, die im Durchschnitt 3 % aller Erkrankungen unter den Gesamtbevölkerungen beträgt. Sie erstreckt sich über alle Orte der Erde. Die wenigsten Erkrankungen finden sich in der kalten Zone. Eine einmalige Erkrankung an Lungenentzündung erhöht im Gegensatz zu anderen Infectionskrankheiten dauernd die Disposition zu Recidiven; Juergensen berichtet von Patienten, die 8, 10, 11, ja von einem, der 28mal an derselben erkrankte.

Vielfach ist auch beobachtet worden, dass diese Krankheit in epidemischer Form zu bestimmter Zeit immer wieder an demselben Orte auftritt.

Kein Lebensalter schützt vor Pneumonie; doch befällt sie mit Vorliebe, wie ein Blitz aus heiterem Himmel, die kräftigsten, leistungsfähigsten Männer in der Blüte ihrer Gesundheit.

Die Rolle der Erkältung, wenn auch noch nicht vollkommen aufgeklärt, kann nicht geleugnet werden und

lässt sich zudem durch die Annahme der Schaffung eines locus minoris resistentiae mit der Lehre der bacillär-infectiösen Natur der Krankheit recht wohl vereinigen. — Bei den Berufsarten, die den Unbilden der Witterung am meisten ausgesetzt sind, wie bei Soldaten und Feldarbeitern finden sich am häufigsten Erkrankungen an Pneumonie; eine Tatsache, welche die Statistik sämtlicher Armeen bestätigt und deren Grund wohl bei schwankender Temperatur vielfach auf Erhitzung, Überanstrengung und Durchnässung beruht. — Dagegen weisen die officiellen Listen der Marine nur wenige Pneumonie-Erkrankungen auf, wohl weil die reine, frische, staubfreie Meeresluft die Matrosen vor derselben bewahrt und in derselben, bei den modernen hygienischen Einrichtungen der Kriegsschiffe, die Krankheitserreger entweder nicht vegetieren können, oder in ihrer Virulenz geschwächt sind.

Ein geeignetes Feld zur Verbreitung der Pneumonie findet sich nach den Ergebnissen der Volkszählung in der schlechten Luft alter Gefängnisse und Fabriken.

Wie andere Infectionskrankheiten, so bietet auch die Pneumonia crouposa ein wohl charakterisiertes, typisches Fieberbild dar. — Der Haupttypus ist durch plötzliches Ansteigen der Temperatur unter Schüttelfrost und Hochbleiben derselben ohne grössere Remissionen und durch die rapide Defervescenz des Fiebers in Form der Krise charakterisiert. Schon bei den älteren Ärzten war das Eintreten derselben ein Gegenstand des Interesses und genauesten Studiums. — Traube hat alle diese

Beobachtungen zu einer Lehre von den Krisen und kritischen Tagen zusammengefasst. Nach seiner Ansicht tritt das sprungartige Sinken der Temperatur, welches zur Genesung führt, vor Ablauf des 14. Tages ein und zwar, entweder am 3., 5., 7., 9. oder 11. Tage, also an ungeraden Tagen. — Diese Lehre Traube's wurde in der Folgezeit in der Litteratur wenigstens teilweise bestätigt. So fand Ziemssen unter 107 Fällen von Pneumonien die Krise 12mal an einem geraden, 95mal an einem ungeraden Tage. — Wunderlich constatiert bei 75 Fällen die Krise 45mal an einem ungeraden, 30mal an einem geraden Tage. — Aufrecht betont wieder ein starkes Übergewicht der Krise an ungeraden Tagen; auch Liebermeister beweist in seiner Statistik eine, wenn auch geringe Bevorzugung der ungeraden Tage, während Thomas zu dem Resultat gelangte, dass der Gegensatz des Verhältnisses der Krise an ungeraden, zu dem an geraden Tagen kein auffallender sei. — Wenn wir das vorliegende statistische Material berücksichtigen, kommen wir zu dem Resultat, dass sich das Verhältnis der Krise an geraden, zu dem an ungeraden Tagen wie 5 zu 7 beträgt.

Vorzugsweise tritt die Krisis in den späten Abendstunden oder nachts ein, höchst selten mittags oder morgens.

Es gibt auch Fälle von Pneumonien, die lytisch endigen. Wagner behauptet, es besteht hierbei eine zeitliche Verschiedenheit; so hat er in den Jahren 1881

bis 1883 von 199 Pneumonie-Fällen 115 mit Krise, 84 mit Lyse beobachtet.

Die Dauer der Krisis schwankt zwischen 2—72 Stunden. Juergensen beobachtete Fälle mit 4, 5 und 6stündiger Defervescenz. — In Lebert's Zusammenstellung finden wir eine Dauer des kritischen Abfalls von 12—72 Stunden, in den meisten Fällen zwischen 12—36 Stunden. Wunderlich bemerkte durchschnittlich den Niedergang zur Norm innerhalb 24—36 Stunden.

Wie verschieden der, von so vielen Autoren geschilderte Fieber- und Krisisverlauf der croupösen Pneumonie ist, haben wir aus Vorstehendem ersehen. Als Durchschnitt einer normal verlaufenden Pneumonie können wir eine siebentägige Dauer annehmen. Dies ist aber nur eine Durchschnittszahl. Wie bei anderen Infectionskrankheiten kommen grosse Differenzen in der Dauer der Einzelfälle zur Beobachtung, schwerste über mehrere Wochen sich hinziehende Fälle und umgekehrt Abortivfälle von 3, 2 Tagen oder gar 1 Tage Verlaufszeit. Doch weist selbst die neueste Litteratur noch sehr wenig Berichte über die zu den Seltenheiten gehörenden Fälle auf, bei denen das rapide Abfallen des Fiebers nach 24stündiger Krankheit beobachtet wurde; trotzdem kann an das Bestehen der eintägigen Pneumonien kein Zweifel erhoben werden.

Zweck der folgenden Arbeit ist, die bis jetzt beobachteten Fälle von eintägiger Pneumonie zu registrieren

und durch meine eigenen Beobachtungen das spärliche Material der Krankheit etwas zu vermehren.

Wunderlich nennt solche Fälle „abortive Formen"; Finkler bezeichnet sie als „rudimentäre Pneumonien". Auch Juergensen ist von dem Vorhandensein der Eintags-Pneumonie überzeugt, obgleich er in seiner Statistik über 933 Fälle croupöser Pneumonie nur 6 Fälle beobachten konnte, bei denen das Fieber am zweiten Tage endigte. Lebert hatte unter 288 Erkrankungen kein einziges Mal Gelegenheit, eine so frühzeitige Krise zu beobachten.

Die erste wissenschaftliche Constatierung einer eintägigen Pneumonie verdanken wir Leube (1874), dem sich andere Autoren mit gleicher Beobachtung anschliessen.

Im Nachstehenden erlaube ich mir, die in den letzten Jahrzehnten klinisch und statistisch constatierten Eintags-Pneumonien in Anamnesen, die ich gekürzt wiedergebe, aufzuzählen:

Leube berichtet aus Jena 1874: T. Friedrich, 20jährig, kräftig gebauter Eisenbahn-Arbeiter aus D. Früher stets gesund, erkrankte am 19. XI. infolge Durchnässung mit Frieren (kein deutlicher Schüttelfrost). Pat. klagt über Kopfschmerz, Stiche in der rechten Seite und Husten, dazu kommen Durst, Hitzegefühl, Atemnot und Auswurf. Temperatur beim Eintritt ins Krankenhaus mittags 40,3° C. Schmerz rechts unten in der Axillarlinie, sowie dumpferer Schall und unbestimmtes Atmen constatiert. Abend Temperatur 39,7° C., frequente Respiration. Puls beschleunigt, hoch gerötetes Gesicht. Sputa mit rostbraunem Blut gemischt.

20. XI. Temperatur 37,3° C. ruhige Atmung und Puls, gutes Wohlbefinden, blasses Aussehen. — In der rechten Seite in der Axillarlinie handbreite relative Dämpfung mit tympanitischem Beiklang und unbestimmtem Respirationsgeräusch, an einer Stelle der Achselhöhle Bronchialatmen. — Sputa teils weiss, teils gelb, teils rötlich.

Am 4. Tage alles Abnorme verschwunden, nur noch schleimig-eitriger Auswurf. Pat. am 6. als gesund entlassen.

Seit dieser Zeit sind auf der Klinik des Geheimrats von Leube nur noch 2 Fälle in Würzburg beobachtet worden. Es kamen im Juliusspital innerhalb der letzten 15 Jahre 890 Pneumonien crouposa zur Beobachtung. Unter denselben wurden nur 0,22 % eintägige Pneumonie constatiert.

Die betreffenden beiden Fälle sind folgende:

1) Wild, E., 19 Jahre. Bürstenmacher v. K. — Pat. gibt an, in seiner Kindheit eine Lungenentzündung durchgemacht zu haben. — Seit 17. V. 97 schlechtes Befinden, doch noch arbeitsfähig. In der Nacht vom 18.—19. stellte sich Schüttelfrost, mit grossem Hitzegefühl abwechselnd, ein; deshalb suchte er am 19. morgens das Hospital auf.

Pat. kräftiger Mensch mit gesunder Gesichtsfarbe in gutem Ernährungszustand.

Physikalischer Befund: L. Unterlappen etwas tympanitischer, kurzer Schall. Rechts ist das Atmungsgeräusch auch verstärkt, an einigen Stellen die Stimme ein wenig lauter. — Temperatur abends 39° C.

20. V. morgens Krise unter Ausbruch von Schweiss. Temperatur 36,9° C. ganz spärliche, trockene Rasselgeräusche. Genesung.

2) Beck, S., 36 Jahre. Pferdeknecht von U. — Pat. früher stets gesund gewesen. Am 1. VII. 02 nachmittags fühlte er bei der Arbeit Husten und Stechen auf der Brust, abends stellte sich Schüttelfrost ein, deshalb kam er am 2. VII. ins Hospital.

Kräftiger Mann mit straffer Muskulatur, in gutem Ernährungszustand. —

Physikalischer Befund: Lungengrenzen R. H. 12. Brustwirbel Ausdehnung der Lunge etwas über einen Finger breit. — Unter der linken Achselhöhle relative Dämpfung, neben inspiratorischen feinen Rasselgeräuschen. Bronchialatmen. Über den anderen Lungenpartien vereinzeltes Giemen. — Temperatur abends 38° C.

3. VII. Fieberfrei durch Krise. — Stechen in der linken Brustseite. Bronchialatmen verschwunden. Knisternde und reibende Geräusche vorhanden. Bei der auf Wunsch des Pat. am 11. VII. erfolgten Entlassung noch einzelne Rasselgeräusche in der linken Brustseite hörbar. —

Weitere in der Litteratur publicierte Fälle sind:

1. Fall von Weil[1]). Koch, J., 25 Jahre, Schreiner aus D. wurde am 1. I. 79 in der Klinik aufgenommen. Pat. hatte im Frühjahr 1873 eine Lungen- und Rippenfellentzündung überstanden. Im Sommer desselben Jahres wurde ein rechtsseitiges Empyem durch Aspiration entleert. Indessen erzeugte sich die Flüssigkeit rasch wieder und perforierte in die Bronchien, worauf Pneumothorax entstand. Pat. konnte erst im November das Hospital gesund verlassen. Doch seit jener Zeit litt er während der Wintermonate an Husten mit Auswurf.

Am 1. I. 79 wurde beim Eintritt des Pat. in der Klinik fieberloser Status gastricus und leichte Veränderungen an beiden Lungenspitzen constatiert. Die Erscheinungen des Gastricismus besserten sich völlig, so dass der Pat. am 8. I. entlassen werden sollte. Die Temperatur am 7. abends 6 Uhr betrug 36,7° C. — Plötzlich um 7 Uhr stellte sich ein heftiger, fast eine Stunde dauernder Schüttelfrost mit Husten, rostbraun gefärbtem Auswurf und stechendem Schmerz in der linken Seite der Brust ein. Die Temperatur stieg bis 8 Uhr auf 39,5° C. P. 108 und 2 Stunden

---

[1]) Berliner Klinische Wochenschrift 1879.

später erhöhte sich das Fieber bis 40° C. Es blieb bis morgens 6 Uhr auf dieser Höhe, um dann innerhalb 10—12 Stunden rasch abzusinken, so dass 24 Stunden nach Beginn der Erkrankung die normale Temperatur erreicht war. — Circa 12 Stunden nach dem Verlauf der Krankheit physikalischer Befund: Verdichtung des Abschnittes des unteren linken Unterlappens L. H. U. von der 8. Rippe ab, starke Dämpfung des Percussionsschalls mit reinem, lautem Bronchialatmen. Stimmfremitus über den gedämpften Abschnitten etwas abgeschwächt. R. 40, P. 100.

9. I. bei normaler Temperatur ruhiger Puls (68—72). Respiration frequent (30). Das subjective Befinden gebessert.

10. I. Schmerzen verschwunden, Sputa etwas blutig tingiert, Dämpfung weniger deutlich; statt des Bronchialatmens rauhes Vesiculäratmen und reichliches Knistern.

Weiterer Verlauf vom 11. ab: Sputa schleimig-eiterig, Dämpfung 13. I. verschwunden. Knisterrasseln noch beim Austritt des Pat. am 15. I. hörbar.

2. Fall von Bernhard.[1]) Die 72jährige Frau M. erwachte 14. März gegen 12 Uhr nachts unter heftigem, über eine Stunde anhaltendem Schüttelfrost und klagte alsbald über Atemnot und Schmerzen in der linken Brusthälfte. Am 14. morgens war die Temperatur 38,9° C., P. 96, R. 38. Pat. hustete mit schleimigem, blutigem Auswurf. Bedeutende subjective Dyspnoe. Die Percussion ergab hinten l. von der Spina scapulae ab, kürzeren Schall als rechts und tympanitischen Beiklang. Die Inspiration war scharf vesiculär, Expiration der Bronchialen sich nähernd mit reichlichem, kleinblasigem Rasseln; dasselbe in der Regio axillaris. In der Nähe des Spitzenstosses, nach aussen von der Mamillarlinie mit der Herzsystole synchronisches inspiratorisches Pfeifen. Am Abend desselben Tages circa 6 Uhr, also nach Verlauf von kaum 18 Stunden, war die Temperatur 37,4° C.

---

[1]) Zeitschrift für Med. Frerichs u. Leyden B. I.

P. 88, R. 36. L. H. U. exquisit tympanitischer Schall, rauhes Vesiculäratmen mit kleinblasigem Rasseln. Sputa noch stark blutig gefärbt.

15. März morgens Temperatur 37,6° C., P. 80, sehr gebessertes subjectives Befinden. Sputa in mässiger Menge. Eine Dämpfung war l. H. U. kaum noch wahrzunehmen. Atmung deutlich vesiculär nebst mittelgrossblasigem Rasseln.

3. Fall. Penkert[1]) schildert in seiner Statistik der Pneumonie crouposa epidemica: E. Schobess (Schüler) erkrankte plötzlich am 15. IV. 81 mit Erbrechen und heftigen Konvulsionen, Husten, Kurzatmigkeit; Pneumonie crouposa nachweisbar durch deutliche Dämpfung und unbestimmtes Bronchialatmen.

Trotz der heftigen Initialsymptome fiel die Pneumonie schon am 16. IV. ab. Schweiss und starker Herpes.

4. Fall von Weissenberg[2]). B. W., 15jähriger, kräftiger Bursche erkrankte plötzlich 15. II. 93 gegen Mitternacht an Erbrechen und Schüttelfrost. Am nächsten Morgen klagte Pat. beim Husten über stechenden Schmerz in der rechten unteren Brusthälfte und über Hitze. Temperatur morgens 8 Uhr 40,2° C.

Physikalischer Befund: Etwas gedämpfter Schall rechts vom 5. Intercostalraum an, zwischen vorderer Axillar- und Mamillarlinie zu hören. Die Auscultation ergab ein etwas abgeschwächtes Atemgeräusch in der gedämpften Partie. Der Stimmfremitus schien beiderseits gleich zu sein.

Gegen 11 Uhr nachts wurde Pat. unruhig, fing an zu delirieren. Kurz nach 1 Uhr fand D. W. den Pat. ruhig schlafend, das Gesicht mit Schweisstropfen bedeckt, der ganze Körper feucht. Temperatur 37,8° C.

17. II. 93 mittags: Pat. ganz wohl. Husten weicher geworden, ausgesprochenes pneumonisches Sputum. Temperatur 37,2° C.

---

[1]) Berliner Klinische Wochenschrift 1881. Nr. 40.

[2]) Deutsche Med. Wochenschrift 1893, Nr. 48.

5. Fall: In Eulenburgs Heilkunde[1]) wird eines Falles abortiver Pneumonie Erwähnung gethan, der bei einer 50jährigen Frau von gesunder, kräftiger Constitution im Laufe eines Jahres dreimal aufgetreten ist und zweimal in 24 Stunden beendigt war.

Ausser über diese 5 Fälle kann ich noch über 14 Fälle von eintägiger Pneumonie berichten, welche in einem Zeitraum von 18 Jahren in der Kgl. Bayerischen Armee vorkamen. Dieselben sind in der Statistik des Kgl. Militär-Sanitätsberichts enthalten, der mir durch die Güte des Herrn Oberarztes Dr. Lion, commandiert zur medicinischen Klinik in Würzburg, zur Verfügung stand. Unter den in dem Berichte angeführten 9980 in den Jahrgängen 1879—1897 zur Beobachtung gekommenen Pneumonien waren 14 folgende Eintags-Pneumonien (0,14 %):

St.-A. Römer schreibt: Pat. wurde, nachdem circa 8 Tage Leibschmerzen und Diarrhoe vorausgegangen waren, wegen Kurzatmigkeit, Kopfweh und Brechreiz im Lazarette morgens aufgenommen. In der Nacht starker Schüttelfrost und Stechen in der linken Brust. Die objective Untersuchung, welche wegen rasch auftretenden Kollapses nur flüchtig vorgenommen werden konnte, ergab l. H. U. Knisterrasseln, Temperatur 39,4° C., P. 84. Am nächsten Morgen waren die Zeichen einer Verdichtung des unteren Abschnitts des linken Unterlappens vollkommen ausgeprägt: L. H. U. von der 8. Rippe ab starke Dämpfung bei der Percussion und Bronchialatmen, Stimmfremitus über der gedämpften Stelle abgeschwächt. Temperatur 36,6° C. P. 72, bei tiefer Inspiration Hustenanfälle; zähe, wenig gefärbte Sputa. Nächsten Morgen subjectives Wohlbefinden, kein Fieber. Sputa

[1]) Real-Encyclopädie 1897, III. Band.

schwach rostfarben. Am 3. Tage Perkussionsschall nur noch etwas kürzer, kein Husten, kein Auswurf. Genesung.

St.-A. Hugel: Pat.-Temperatur 40,0° C. P. 120. R. H. U. Dämpfung, Bronchialatmen, Knisterrasseln und rostfarbige Sputa. Nächsten Morgen vollständiges Wohlbefinden.

St.-A. Baumann: Der Gemeine Sch. erkrankte nachts unter Schüttelfrost an Stechen der linken Brust. Temperatur 39,7° C., abends Steigerung bis 40,0° C., rostfarbener Auswurf, bronchiales Atmen, dabei sehr unruhiger Schlaf. Des Morgens Krisis ohne Schweisseruption, völlige Enphorie.

O.-St.-A. Vogel: 2 Fälle, beide erkrankten gleichzeitig an heftigem Schüttelfroste mit 40,8° C. P. 122. — Abfall in 12 Stunden bei beiden auf 37,1° C. Localbefund: Tympanitischer Percussionston, auscultatorisch klein und mittelblasiges Knisterrasseln, blutige Expectoration.

St.-A. Moosmair: Pat. abends unter Schüttelfrost und 40,1° C. Stechen auf der Brust, rostfarbener Auswurf, rauhes Atmen und Dämpfung rechts H. U. mit Knisterrasseln. — Am nächsten Morgen vollständiges Wohlbefinden.

Ferner 4 Fälle, je 2 in Ingolstadt und 2 in München.

St.-A. Helferich und St.-A. Munzert je einen Fall.

St.-A. Ehehalt: Lazaretgeh. H. (Inf.-Reg.) hatte eine rechtsseitige Lungenentzündung, nach einem Tage Eintritt der Krise. Die Objectivsymptome bestanden noch 3—4 Tage fort, dann rasche Resorption.

Den vorstehenden Krankengeschichten gestatte ich mir, endlich noch 2 weitere Fälle eintägiger Pneumonie crouposa hinzuzufügen, welche ich dank der gütigen Erlaubnis des Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Leube, persönlich im Juliushospital zu observieren vermochte:

1) Fleischmann, J., 64 Jahre alt, Taglöhner aus G.

Anamnese: Vater mit 69 Jahren angeblich an einem Brustleiden gestorben. Mutter mit 70 Jahren gestorben, Todesursache weiss Pat. nicht. Ein Bruder lebt noch und leidet an Atemnot. Zwei Geschwister sind gestorben, nach Aussage des Pat. auch an einem Brustleiden. — Pat. selbst war in seiner Jugend nicht krank, hat im Jahre 1891 und 1894 eine Lungenentzündung durchgemacht, welch letztere er hier im Spital überstand. Im Spätjahr 1901 lag der Pat. am Gelenkrheumatismus erkrankt ebenfalls im hiesigen Spital. Seit einem Jahre ist er arbeitsunfähig wegen Atemnot, die sich vor 14 Tagen derartig verschlimmerte, dass er am 3. III. das Spital aufsuchte.

Status praesens: Kräftiger Körperbau, schlaffe Musculatur, geringe Fettpolster, reducierter Ernährungszustand. Keine Drüsenschwellung, kein Ödem und Exanthem. Gelenke bei Bewegung etwas schmerzhaft, namentlich die Knie- und Fussgelenke. Am rechten Metacarpos-Phalangealgelenk zeigt sich leichte Schwellung.

Lungengrenzen stehen vorne 6.—7. Rippe, hinten am 12. Brustwirbel Verschieblichkeit der Lunge mässig vorhanden, etwa $1^1/_2$ cm Atmungsgeräusch vesiculär, hinten auf beiden Seiten wenig Rasselgeräusch und etwas Giemen.

Herzgrenzen normal. Spitzenstoss innerhalb der Mamillarlinie im 5. Intercostalraum. Herztöne rein. Action regelmässig.

Zunge nicht belegt. Abdomen weder aufgetrieben, noch druckempfindlich.

Patellarreflexe etwas gesteigert.

Pupillen reagieren.

Diagnose: Emphysema pulmonum.

13. III. Pat. spürt fortdauerndes Frösteln, Stechen in der rechten Seite, allgemeine Abgeschlagenheit. R. H. U. abgeschwächter Schall, darüber Knisterrasseln. Sputa nicht rostfarbig; Pneumococcen reichlich zu finden. Temperatur 39,5° C. Puls ziemlich regelmässig 80.

14. III. Über Nacht Temperatur ohne Schweiss auf 37,2° C. gefallen. Rasseln R. H. U. noch deutlich zu hören.

Diagnose: Pneumonie crouposa.

Therapie: Digitalis 0,05 3mal täglich und Sherry.

Weiterer Verlauf: Pat. seit 8 Tagen fieberfrei geblieben. Über den unteren Lungenpartien beiderseits noch weiches Rasseln wahrnehmbar. — Genesung.

2) Wizorich, A., 42 Jahre alt, Kutscher aus W.

Anamnese: Mutter angeblich an Schlaganfall, Vater und 8 Geschwister an unbekannter Krankheit gestorben. — Pat. selbst war vor circa 18 Jahren im Spital wegen Hirn- und Rückenmarkentzündung, er will während dieser Krankheit einige Male bewusstlos gewesen sein. Im vorigen Jahre erlitt Pat. dadurch eine Verletzung, dass ein Wagen auf ihn fiel, seit dieser Zeit leidet er an Atemnot. Vor 3 Wochen stellte sich Husten mit Blut untermischtem Auswurf ein, dazu Fieber und Schmerzen; er fühlte sich sehr abgeschlagen. Sobald sich sein Befinden etwas besserte, fing er wieder an, zu arbeiten. Lues wird negiert, früher Gonorrhoe.

Heute früh 2. III. 03 10 Uhr bekam er einen Schüttelfrost mit Schwindel, sowie starke Kopfschmerzen, besonders im Vorderkopf, Stechen in den Schläfen und in der Brust. Heftiger Husten mit Auswurf, beim Atmen starke Brustschmerzen. — Pat. suchte an demselben Tage das Hospital auf.

2. III. Status praesens: Sehr gut genährter Mann, starkes Fettpolster, gute Musculatur, weder Ödem, noch Exanthem. An beiden Unterschenkeln eine Zahl von pigmentierten Narben, die von isolierten Geschwüren herrühren. Keine Leistendrüsenanschwellung. Kopf sehr stark gerötet. Atmung beschleunigt. Kurze Hustenstösse.

Lunge: R. H. U. eine nicht ganz handbreithohe Dämpfung, links keine Dämpfung, über ersterer abgeschwächtes Atmen. Keine besondere Bronchophonie, nach oben keine Dämpfung und keine Veränderung des Atmens. Vorn kurzer Schall unter

Schlüsselbein, dagegen beginnt ebenfalls vorn in der Höhe der Mamilla an der V. Rippe Dämpfung. Nach unten hin ist der ganze Mittellappen gedämpft. In der Achselhöhle deutliches Knistern. Im übrigen ist das Atmungsgeräusch dort abgeschwächt.

Herz: Obere Herzgrenze unterer Rand der IV. Rippe, nach rechts und links keine Verbreitung. Herztöne rein, etwas leise, Spitzenstoss kaum fühlbar. Puls regelmässig etwas weich, nicht besonders beschleunigt. Temperatur 39,4° C.

Milz: Palpatorisch und percutorisch nicht vergrössert.

Rachen: Nichts besonderes, Uvula etwas hypertrophisch. Im Unterleib wird rechts und in der Magengegend Schmerz angegeben.

Leber: Palpation nicht vergrössert.

Urin: Normal.

Patellarreflexe: Schwach.

Diagnose: Pneumonia crouposa loba inferioris et med. dextri.

Therapie: Eisblase, Digitalis 0,05 3mal täglich. Wein.

2. III. nachmittags 2 Uhr stellte sich starker Schweissausbruch ein, so dass Pat. das Hemd wechseln musste. Abends 6 Uhr Temperaturabfall auf 37,8° C. Während der Nacht transpirierte Pat. weiter, dadurch nochmaliger Hemdwechsel.

3. III. morgens Temperatur 36,6° C., rechts hinten handbreithohe, relative Dämpfung. Rechts vorne in Achselhöhe im Bereich des Mittellappens ebenfalls gedämpft. (Dämpfung steht an der IV. Rippe.) Hinten in Axilla im Bereich des Unterlappens Knistern. Dämpfung reicht hinten circa bis zum VII. Brustwirbel.

Nachmittags: Zwar noch Dämpfung, das Knistern in der Achselhöhle aber nur mehr angedeutet, etwas pleuritisches, expiratorisches Reiben. Kopfschmerz gebessert.

Weiterer Verlauf: Temperatur bleibt normal. Der Schall hellt sich vom Mittellappen bis zur Mamillarlinie allmählich auf, hinten bleibt derselbe jedoch noch etwas kürzer. In der Axillarlinie in- und expiratorisches Knisterreiben zu hören. Bronchophonie hinten abgeschwächt, eine Verstärkung des Pectoral-

fremitus nirgends deutlich. Nach und nach Dämpfung ganz verschwunden, Vesiculäratmen wieder hergestellt. — Genesung.

Die voranstehenden Krankengeschichten stellen Beispiele einer bereits am ersten Krankheitstage eingeleiteten und vollendeten Krise, deren Acme sich oft auf so viele Stunden reduciert, als sie im regulären Verlauf sonst Tage beträgt.

Es scheint von vornherein nicht möglich zu sein, dass die Krankheit in dieser kurzen Zeit sämtliche anatomische Stadien durchläuft. Glücklicherweise verlaufen die eintägigen Pneumonien so günstig, dass es nicht zu einer anatomischen Untersuchung kommt. Wir müssen uns daher zur Erklärung der anatomischen Vorgänge bei der eintägigen Pneumonie an die sonst bei der croupösen Pneumonie klinisch beobachteten physikalischen Erscheinungen halten und die von diesen Beobachtungen ausgehenden Theorien kurz registrieren.

Nach Weil's Ansicht verhalten sich Anfang und Ende der Krankheit ganz so, wie bei den typischen Formen der Pneumonie. Alle pneumonischen Erscheinungen setzen mit dem Fieber ein, die Zeichen der Infiltration sind nach Verlauf von 12 Stunden ausgebildet und überdauern das Fieber um einige Tage, bevor sie sich zurückbilden.

Eichhorst dagegen behauptet, dass die Zeichen der Hepatisation nicht zur Entwicklung gelangen; sind doch diese nach allgemeiner Erfahrung gewöhnlich nicht vor dem 3. Tage ausgebildet.

In der Real-Encyclopädie Eulenburg lesen wir: Abortivformen treten unter fieberhaften Erscheinungen auf, wobei in einem Lungenabschnitte die Erscheinungen der Anschoppung sich entwickeln und entweder sofort samt den Fieberzeichen in der Zeit von 2—3 Tagen verschwinden, oder rasch in Hepatisation übergehen und ebenso rasch der Defervescenz und Resolution anheimfallen.

Bennet erklärt, dass bei kurz dauernden 1—2tägigen Pneumonien ein Verlauf der Krankheit durch alle Stadien hindurch nicht möglich ist.

Es muss ein Stillstand des Processes im ersten Stadium angenommen werden, worüber uns die mikroskopische Untersuchung der pneumonischen Lungen befriedigenden Aufschluss geben könnte. Nach den klinischen Erfahrungen scheint die Möglichkeit dennoch vorhanden zu sein, dass an einem Tage verschiedene Stadien durchlaufen werden. Sonst wäre es nicht möglich, dass wir, wie aus den Krankengeschichten ersichtlich, sowohl Knisterrasseln, das Zeichen der Anschoppung, wie Bronchialatmen als Zeichen der vollendeten Infiltration finden.

Niemals dürfen wir jedoch vergessen, dass mit Eintritt der Krise die anatomischen Erscheinungen durchaus noch nicht abgelaufen zu sein brauchen, sondern noch längere Zeit bei absolut fieberfreiem Verlauf persistieren können.

Leube vertritt die Ansicht, dass die Ursache der Entstehung der eintägigen Pneumonie zu suchen ist, weniger in der schwachen Virulenz des jeweiligen Pneu-

moniecoccus (da die Krankheitserscheinungen sehr heftige sein können) als in der energischen individuellen Reaction des Organismus gegen das Virus durch excessiv starke Entwicklung der Antitoxine, womit die weitere Giftwirkung der pneumonischen Infection coupiert wird.

Diagnose: In den meisten Fällen der Eintagspneumonien gelangen die percutorischen und auscultatorischen Symptome nicht immer vollständig zur Ausbildung. Wenn Husten und der charakteristische rostfarbene Auswurf fehlen, und die Zeichen der Verdichtung wenig deutlich sind, so ist die Diagnose der bestehenden acuten fieberhaften Erkrankungen erschwert, weil die localen anatomischen Veränderungen und die sich daraus ergebenden klinischen Erscheinungen nur eine geringe In- und Extensität besitzen. So kann es bei ein- bis zweitägigen Pneumonien vorkommen, dass die physikalische Untersuchung kein bestimmtes Resultat giebt, wo der Sitz der Erkrankung zu finden ist. Bekanntlich ist dies auch bei längerem Verlauf der sogenannten „Centralen Pneumonien" oft nicht möglich nachzuweisen. In anderen Fällen weisen die bekannten klinischen Zeichen wenigstens auf die erkrankte Seite, beziehungsweise auf den erkrankten Lappen hin. Schon Laënnec sagt: Vom ersten Augenblick der Entzündung an ist das crepitierende Rasseln das charakteristische Symptom der entzündlichen Anschoppung des Lungengewebes. Doch bekommen wir auch eintägige Pneumonien in Behandlung, bei denen das Bronchialatmen den charakteristischen

Befund bildet. Der gedämpft tympanitische Schall, die Bronchophonie können, wenn vorhanden, an der Diagnose keinen Zweifel aufkommen lassen.

Jetzt bleibt noch die Frage zu erörtern, weshalb Eintagspneumonien so verhältnismässig selten beobachtet werden? Nach Ansicht der meisten Kliniker sind dieselben viel häufiger, als sie in den Krankenhäusern zur Beobachtung gelangen. Der Grund liegt wohl darin, dass infolge des raschen Schwindens der Krankheitserscheinungen nicht alle Patienten gleich den Arzt oder gar das Spital aufsuchen, oder dass der Arzt mangels genügender objectiver Symptome an seiner anfänglichen Vermutung einer sich entwickelnden Pneumonie zweifelt und den Fall „Febris ephemera" bezeichnet. Um einer derartig unrichtigen Diagnose vorzubeugen, betont auch Weil die Pflicht des Arztes nach der Entfieberung, wenn das Allgemeinbefinden schon völlig wiederhergestellt ist, die Lungen aufs Sorgfältigste zu überwachen. Vielfach weisen eine Vermehrung der Atemfrequenz, eine leichte Dämpfung, vereinzelte Rhonchie oder Sputa die überstandene Pneumonie nach; oft überdauern auch, wie gesagt, ausgeprägt pneumonische Symptome das Fieber noch längere Zeit.

Prognose: Was die Prognose der eintägigen Pneumonie betrifft, so ist diese naturgemäss eine ausserordentlich gute, da ja die Krankheit innerhalb eines Tages verläuft. Die unglücklichen Fälle, bei denen der

Tod bereits während dieser Zeit eintritt, können wir nicht in die Kategorie der Eintagspneumonie einreihen.

Da wir natürlich beim Eintritt eines Pneumoniekranken nie wissen können, ob eine kurzdauernde Pneumonie vorliegt, so müssen wir bei Betreten des Krankenbettes die Prognose nach allgemeinem Gesichtspunkte stellen. —

Das Auftreten von Herpes soll die Prognose der Pneumonie günstiger gestalten, bedeutet es doch häufig die Resolution der Krankheit. Allerdings tritt Herpes besonders im jugendlichen Alter auf, wo die Prognose durch die kraftvollere Widerstandsfähigkeit des Patienten ohnehin meistens gut verläuft. —

Bei Greisen, Potatoren und besonders bei organisch Herz- und Nierenleidenden ist die Prognose der Pneumonie bekanntlich immer gefahrdrohend. Jedenfalls beruht die Gefahr der croupösen Pneumonie auf der Eigenschaft des Giftes, besonders bei sonstiger schwacher Körperbeschaffenheit des Patienten, bei Hinzutreten verschiedener Complicationen auf der toxischen Schädigung und der dadurch herbeigeführten allmählichen Erschöpfung der Herzmuskelkraft. Auch Juergensen stellt die berechtigte Behauptung auf: „Die Pneumonietoten sind an Insufficienz des Herzens gestorben".

Therapie: Folglich ist es die Pflicht des Arztes, das Herz während der Dauer der Pneumonie in den Stand zu setzen, die durch die Erkrankung bedingte Mehrleistung

zu vollbringen. Auch noch nach Entfieberung kann in unglücklichen Fällen eine plötzliche Herzlähmung, ähnlich wie bei der Diphtherie in einem im Juliusspital kürzlich beobachteten Fall mit Fragmentation des Herzmuskels eintreten. Nicht das Fieber, wie man früher annahm, sondern die Toxine bergen die grösste Schädigung des Herzens in sich, deshalb ist nicht mehr das Fieber, sondern die Erhaltung der Herzkraft auch der nächstliegende therapeutische Angriffspunkt. Daraus ergiebt sich die Aufgabe der Therapie. Vor allem gilt es, Prophylaxe gegen Herzschwäche zu treffen und die etwa schon eingetretene Herzschwäche zu bekämpfen. Der Puls muss von Anfang an genau überwacht werden. Bei nicht ganz vollem und regelmässigem Puls empfiehlt sich die sorgsame Anwendung von Digitalis in kleinen Dosen (3mal täglich 0,05), es gilt gewissermassen als Herzregulator. Wird der Puls trotzdem frequenter und unregelmässig, so greifen wir zur grossen Dosis der Digitalis (0,1 6mal täglich). In seltenen Fällen, so bei alten Leuten muss die grosse Dosis von Anfang an gegeben werden. Diese von Leube in der Therapie der Pneumonie befolgte Verwendung der Digitalis hat bei der Pneumonie schöne Resultate gezeitigt. Vor übermässigem, zu langem Gebrauch der Digitalis hüte man sich, da er bei Herz- und Nierenkranken die Loslösung von Herzthromben und die Bildung von hämorrhagischem Infarct begünstigt. Sobald der Puls, nachdem er unter den Zeichen der Digitalis anfangs verlangsamt war, wieder frequent wird, so

darf die Digitalis nicht weitergegeben werden; Campherölinjectionen in grössten Dosen treten an ihre Stelle.

Zur Erhaltung der Herzkraft sind neben Digitalis, Wein, Cognac, Champagner, wie auch die Stokes'sche Mixtur von erfolgreicher Wirkung. Auch nach der Krisis muss das Herz überwacht werden. Das Verlassen des Bettes darf erst nach Verlauf von 8 Tagen gestattet werden.

Die hydrotherapeutische Behandlung, sowie die Anwendung von Eiscompressen auf Kopf und Brust dienen zur Herabdämpfung des Fiebers und subjectiven Erleichterung.

Gegen den quälenden Husten gebe man milde Expectorantien und Narcotica.

Im Allgemeinen ist die Behandlung ziemlich indifferent und gerade bei der eintägigen Pneumonie wird man wohl auf eine intensivere Behandlung verzichten können, obgleich man auch hier auf die genannten Grundsätze Rücksicht zu nehmen hat, zumal man ja nicht im Voraus weiss, ob die Pneumonie eine kurz oder langdauernde werden wird. Bei der Pneumonie und erst recht bei der eintägigen Pneumonie gilt der auch bei anderen Infectionskrankheiten gültige therapeutische Standpunkt:

„Die Natur heilt, der Arzt hat nur dafür zu sorgen, dass das Leben solange erhalten bleibt, bis diese Heilung erfolgt ist."

Zum Schluss gestatte ich mir, Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Leube für sein gütiges Wohlwollen, sowie für die liebenswürdige Überlassung dieses Materials meinen ergebensten, herzlichsten Dank auszusprechen.

Ebenfalls danke ich Herrn Oberarzt Dr. Lion für die freundliche Anregung, die er mir bei Ausarbeitung des Themas zu teil werden liess.

Lebenslauf.

Ich, Ihsan Ali, wurde nach deutschem Kalender am 13. März 1872 in Konstantinopel geboren, als Sohn des Ali Rassim, Sekretär de la Dette Publique Ottomane.

Ich besuchte das Gymnasium der Militär-Medicinalschule meiner Vaterstadt und trat dann in die Faculté Impériale de Médecine ein, wo ich nach 6 Jahren Studium mein Staats- und Doctorexamen bestand. Infolge dieses Diploms wurde mir auch der Titel „Hauptmann" verliehen.

Zunächst war ich unter der Leitung des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Rieder Pascha 1½ Jahre als Assistenzarzt im Hospital Gulhane tätig.

Laut Genehmigung Seiner Majestät des Sultans und Anordnung des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Rieder Pascha wurde ich zur Vervollkommnung meiner medicinischen Studien an deutschen Universitäten alsdann nach Deutschland abcommandiert, wo ich die Universitäten und Kliniken in Bonn, Würzburg und Heidelberg besuchte.

Nach Würzburg zurückgekehrt, habe ich als Resultat meiner Studien in Deutschland mir das deutsche Doctor-Diplom erworben.